

Assurance Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie réservée aux adhérents de moins de 65 ans et assurance Décès réservée aux adhérents de 65 ans ou plus et moins de 75 ans

Le soussigné, ci-après désigné adhérent, demande son adhésion au contrat d'assurance de groupe des emprunteurs souscrit par la caisse de Crédit Municipal de Nîmes auprès de la société d'assurances Suravenir et désigne comme bénéficiaire la caisse de Crédit Municipal de Nîmes, prêteur.

Adhérent

Identifiant : _____

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : / / Lieu de naissance : _____

Profession : _____

Adresse actuelle : _____

Code postal : Ville : _____

Tél. domicile : Tél. portable :

Email : _____

Caractéristiques de l'adhésion

Qualité : emprunteur co-emprunteur caution

Montant du prêt : _____ euros

Quotité choisie : _____ %

Durée du prêt : _____ mois

Numéro du prêt : _____

Déclaration de l'adhérent / Informations

Je reconnais avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la notice (Réf. 3079-6) et l'avoir acceptée.

Je demande l'exécution immédiate de mon contrat avant l'expiration du délai de renonciation de 14 jours prévu par l'ordonnance du 6 juin 2005 relative à la vente à distance.

Je suis informé(e) que l'adhérent qui fait l'objet d'un démarchage à domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer pendant 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Pour ce faire, j'aviserais le Service Adhésion Prévoyance de Suravenir par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à l'adresse suivante : Suravenir - 232 rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9 rédigée, par exemple, selon le modèle suivant : "Je soussigné(e) (nom, prénom et adresse de l'assuré) déclare renoncer à l'adhésion au contrat Sérévi-Crédits que j'ai conclu le ... Fait à ..., le ... Signature".

Traitement et protection des données à caractère personnel : des données à caractère personnel vous concernant sont collectées et traitées par Suravenir. Cette collecte et ce traitement sont effectués dans le respect de la réglementation applicable à la protection des données. Toutes les données collectées et traitées sont nécessaires pour la conclusion et l'exécution du contrat, et ont un caractère obligatoire. À défaut, le contrat ne peut être conclu, ou exécuté. S'agissant des données de santé, je consens expressément au traitement de ces données. Vous disposez sur ces données de droits dédiés comme notamment un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, de limitation du traitement, de portabilité que vous pouvez exercer auprès de : Suravenir - Service Conseil - 232 rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9 ou par email : conseilsurav@suravenir.fr. Vous pouvez vous reporter aux dispositions précontractuelles et contractuelles si vous souhaitez des informations complémentaires.

Fait en deux exemplaires à _____, le _____

Signature de l'adhérent précédée de la mention "Lu et approuvé"

Adhésion présentée par :

AGENCE :

Le soussigné, ci-après désigné adhérent, demande son adhésion au contrat d'assurance de groupe des emprunteurs souscrit par la caisse de Crédit Municipal de Nîmes auprès de la société d'assurances Suravenir et désigne comme bénéficiaire la caisse de Crédit Municipal de Nîmes, prêteur.

Adhérent

Identifiant : _____

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : / / - Lieu de naissance : _____

Profession : _____

Adresse actuelle : _____

Code postal : Ville : _____

Tél. domicile : Tél. portable :

Email : _____

Caractéristiques de l'adhésion

Qualité : emprunteur co-emprunteur caution

Montant du prêt : _____ euros

Quotité choisie : _____ %

Durée du prêt : _____ mois

Numéro du prêt : _____

Déclaration de l'adhérent / Informations

Je reconnais avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la notice (Réf. 3079-6) et l'avoir acceptée.

Je demande l'exécution immédiate de mon contrat avant l'expiration du délai de renonciation de 14 jours prévu par l'ordonnance du 6 juin 2005 relative à la vente à distance.

Je suis informé(e) que l'adhérent qui fait l'objet d'un démarchage à domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer pendant 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Pour ce faire, j'aviserais le Service Adhésion Prévoyance de Suravenir par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à l'adresse suivante : Suravenir - 232 rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9 rédigée, par exemple, selon le modèle suivant : "Je soussigné(e) (nom, prénom et adresse de l'assuré) déclare renoncer à l'adhésion au contrat Sérévi-Crédits que j'ai conclu le ... Fait à ..., le ... Signature".

Traitement et protection des données à caractère personnel : des données à caractère personnel vous concernant sont collectées et traitées par Suravenir. Cette collecte et ce traitement sont effectués dans le respect de la réglementation applicable à la protection des données. Toutes les données collectées et traitées sont nécessaires pour la conclusion et l'exécution du contrat, et ont un caractère obligatoire. À défaut, le contrat ne peut être conclu, ou exécuté. S'agissant des données de santé, je consens expressément au traitement de ces données. Vous disposez sur ces données de droits dédiés comme notamment un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, de limitation du traitement, de portabilité que vous pouvez exercer auprès de : Suravenir - Service Conseil - 232 rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9 ou par email : conseilsurav@suravenir.fr. Vous pouvez vous reporter aux dispositions précontractuelles et contractuelles si vous souhaitez des informations complémentaires.

Fait en deux exemplaires à _____, le _____

Signature de l'adhérent précédée de la mention "Lu et approuvé"

Adhésion présentée par :

AGENCE :

Assurance Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie réservée aux adhérents de moins de 65 ans et assurance Décès réservée aux adhérents de 65 ans ou plus et moins de 70 ans

Ce document peut être complété en dehors de l'agence bancaire et/ou être adressé directement au médecin conseil de la société Suravenir - 232 rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9, dans une enveloppe portant la mention "confidentiel médical".

Droit à l'oubli : dans le cadre de l'information sur le "droit à l'oubli", nous vous informons que vous bénéficiez, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer que vous avez été atteint d'une pathologie (et notamment d'un cancer) figurant dans le document d'information sur le "droit à l'oubli" ci-joint et dont nous vous invitons à prendre connaissance. *En savoir plus sur www.aeras.fr.*

Référence du projet : _____

Assuré

Identifiant : _____

Nom : _____ Prénom(s) : _____ Nom de naissance : _____

Date de naissance : / / Lieu de naissance : _____

CSP : _____ Profession précise : _____

Adresse : _____ Code postal : Ville : _____

Nom et adresse de votre médecin traitant : _____

Veuillez cocher la case correspondante	Non	Oui	Vos précisions
1. Inscrivez ci-contre votre taille (en cm) et votre poids (en kg) : Si la différence entre votre taille (en cm) et votre poids (en kg) est comprise entre 80 et 120, cochez la case "non", sinon, veuillez cocher la case "oui".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Votre taille : _____ Votre poids : _____ Taille - Poids = _____
2. a. Suivez-vous actuellement un traitement médical ? b. Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Lequel ? _____ Pourquoi ? _____
3. Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Pourquoi ? _____ Le(s)quel(s) ? _____
4. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail, sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Pourquoi ? _____
5. Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours, sur prescription médicale pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Durée : _____ Pourquoi ? _____
6. Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté votre médecin ou d'autres médecins, ou été hospitalisé, subi un accident ou été soumis à un bilan ? <i>Ne sont pas concernés la grossesse, les maladies bénignes telles que grippe, angines, gastro-entérites, ni la visite biannuelle de la médecine du travail sauf si découverte de problème de santé.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Pourquoi ? _____ Précisez les traitements, examens prescrits : _____
7. Êtes-vous ou avez-vous été atteint, au cours des 10 dernières années, d'affections : cardiaque, respiratoire, cérébrale, digestive, urinaire, musculaire, osseuse, tumeur, kyste, hypertension artérielle, sanguine, diabète, excès de cholestérol, cancer * ? <i>* Sauf dispositions prévues dans le cadre du droit à l'oubli.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Lesquelles ? _____
8. Êtes-vous ou avez-vous, au cours des 10 dernières années, été atteint d'affections ou de l'un des symptômes suivants : anxiété, névrose, dépression, psychose, anorexie mentale, ou toute autre maladie psychiatrique ou psychique, ou fait une tentative de suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Lesquelles ? _____
9. Avez-vous ou avez-vous eu, au cours des 10 dernières années, des affections de la colonne vertébrale : lombalgie, névralgie cervico-brachiale, cruralgie, sciatique ou toute autre pathologie disco-vertébrale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Lesquelles ? _____
10. Avez-vous subi, au cours des 10 dernières années, ou devez-vous subir, dans les 12 prochains mois, une hospitalisation (intervention chirurgicale ou examens) ? <i>Hormis pour grossesse, amygdales, végétations, appendicite, dents de sagesse.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Lesquelles ? _____
11. Êtes-vous ou avez-vous été, au cours des 10 dernières années, pris en charge à 100 % pour raison médicale, en ALD, par un organisme de Sécurité sociale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Pourquoi ? _____
12. Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quelle date ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Pourquoi ? _____

Déclaration de l'assuré / Informations

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions de la convention AERAS relatives "au droit à l'oubli", avoir reçu un exemplaire de la notice (Réf. 3079-5) et l'avoir acceptée.

Je certifie la sincérité et l'exactitude de mes réponses à la déclaration de santé et affirme être informé(e) que toute fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance, dans les conditions prévues à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

Fait en deux exemplaires
à _____,
le _____
Signature de l'assuré
précédée de la mention
"Lu et approuvé"

Adhésion présentée par :

AGENCE :

Document d'information AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) à destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance relatif au remboursement d'un emprunt

Afin de faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes ayant été atteintes d'un cancer, mais également d'autres pathologies, la Convention AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) révisée du 2 septembre 2015 puis la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ont mis en place des dispositifs permettant d'améliorer la prise en compte par les assureurs des avancées thérapeutiques pour les personnes atteintes ou ayant été atteintes de certaines pathologies :

- d'une part, par la mise en place d'un "droit à l'oubli" permettant aux personnes ayant été atteintes d'un cancer de ne plus avoir à le déclarer, sous certaines conditions à remplir au moment de contracter une assurance emprunteur,
- d'autre part, par la mise en place d'une grille de référence qui fixe :
 - les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif (surprime) ni exclusion de garantie ne sera appliquée pour certaines pathologies,
 - des taux de surprimes maximaux applicables par les organismes assureurs, pour certaines pathologies qui ne permettent pas d'accéder à une assurance emprunteur à un tarif standard.

Il est recommandé aux personnes souhaitant vérifier si elles peuvent bénéficier de ces dispositions de se rapprocher de leur médecin connaissant leur pathologie.

I. L'accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard

1. L'absence de déclaration d'un ancien cancer : le "droit à l'oubli"

Ce dispositif s'applique aux contrats d'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt à la consommation affecté ou dédié, d'un prêt professionnel pour l'acquisition de locaux et de matériels, ou d'un prêt immobilier.

Vous pourrez bénéficier des dispositions du "droit à l'oubli" :

- a)** Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée avant vos **18 ans** :
- **si** la date de fin du *protocole thérapeutique*¹ remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance,
 - **et s'il** n'a pas été constaté de *rechute*² de votre maladie.

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé. Aucune surprime ni exclusion de garantie, liée à cet antécédent, ne peut en conséquence vous être appliquée.

- b)** Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée à compter de vos 18 ans :

- **si** la date de fin du *protocole thérapeutique*¹ remonte à plus de 10 ans au jour de votre demande d'assurance,
- **et s'il** n'a pas été constaté de *rechute*² de votre maladie.

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé. Aucune surprime ni exclusion de garantie, liée à cet antécédent, ne peut en conséquence vous être appliquée.

Si vous répondez à l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées au I.1, vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune surprime ni exclusion de garantie concernant cet antécédent. Vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives à l'une ou l'autre des maladies cancéreuses mentionnées au I.1 dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur.

Toutefois, si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur ne les prendra pas en compte dans son évaluation du risque.

2. L'absence de surprime et d'exclusion de garantie, sous réserve de la déclaration des antécédents de santé, pour les personnes souffrant de pathologies définies par la grille de référence

a) Les conditions permettant de bénéficier de la grille de référence

Pour que vous puissiez bénéficier de ce dispositif il est nécessaire que les trois conditions suivantes soient réunies :

- Nature du prêt : votre demande d'assurance concerne des prêts immobiliers ou des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou de matériel.

- Montant assuré :

- si votre demande d'assurance porte sur un financement immobilier en lien avec votre résidence principale, la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 320 000 euros,

- si votre demande porte sur un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale, la part assurée n'excède pas 320 000 euros après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie.

- Âge à l'échéance du contrat d'assurance : votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71^{ème} anniversaire.

b) Les droits associés à la grille de référence

La grille de référence fixe, pour certaines pathologies cancéreuses, ainsi que pour d'autres types de pathologies, des délais au-delà desquels aucune majoration de tarifs ni exclusion de garantie ne sera appliquée du fait de cet antécédent médical à déclarer.

Cette grille est consultable sur le site internet de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr.

Vos droits : aucune surprime ni exclusion de garantie liée à cet antécédent ne vous est appliquée si vous remplissez les conditions déterminées par cette grille et si vous remplissez les conditions mentionnées au I.2.a).

II. L'accès à une assurance emprunteur dans des conditions se rapprochant des conditions standard pour les personnes souffrant de pathologies fixées par la grille de référence, sous réserve de la déclaration des antécédents de santé

Pour les personnes souffrant de certaines pathologies qui ne permettent pas d'accéder à l'assurance emprunteur dans des conditions standard, la grille de référence mentionnée au I.2 prévoit également un dispositif permettant d'accéder à une assurance emprunteur à des conditions se rapprochant des conditions standard, c'est-à-dire avec des taux de surprimes plafonnés.

Pour que vous puissiez bénéficier de ce dispositif, il est nécessaire que vous remplissiez les conditions (nature de crédit, montant de la part assurée et âge en fin du contrat d'assurance) définies au a) du I.2.

La grille de référence fixe par pathologie et par garantie (par exemple : décès, incapacité, invalidité) les taux de surprimes maximum applicables du fait de ces antécédents.

Dans ces conditions, vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur et l'assurance est accordée dans la limite des plafonds de taux de surprimes fixés par la grille.

Vos droits : le taux de surprime qui vous est appliqué du fait de l'antécédent figurant dans la grille de référence ne peut dépasser le plafond fixé par cette grille.

III. Évolution du contenu de la grille de référence

La grille de référence mentionnée au I.2 et au II a vocation à recenser un nombre croissant de pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques), au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires, pour lesquelles l'assurance est accordée aux personnes qui en souffrent ou en ont souffert dans des conditions standard ou se rapprochant des conditions standard.

Les mises à jour régulières de cette grille se font en fonction des progrès thérapeutiques et des données de la science. Elles seront mises en ligne sur le site internet de la Convention AERAS, qui publie également le programme de travail prévu pour l'année à venir pour faire évoluer cette grille de référence de pathologies.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé, la grille de référence pourra également prévoir pour certaines pathologies, en fonction des progrès thérapeutiques, des données de la science et du progrès médical, des délais de "droit à l'oubli" inférieurs à ceux mentionnés au I.1.

Lexique

¹ Ce que l'on entend par "date de fin du protocole thérapeutique"

Il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

² Ce que l'on entend par "rechute"

Il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.